胃近端发生癌肿; ⑧失弛缓症神经肌肉退行性进展; ⑨开始诊断不正确。本组改良 Heller 术加胃底覆盖切开食管肌层明显优于传统的 Heller 术而未发现术后症状不解除及复发就是明证。

参考文献

1　邵令方, 张毓德, 主编. 食管外科学. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1997. 146

2　秦文翰, 编译. 食管外科. 北京: 人民军医出版社, 1989. 97, 122

3　Andreollo NA, Earlam RJ. Heller's myotomy for achalasia: Is an added anti-re- flux procedure necessary? BrJSurg, 1987, 74: 765

4　顾恺时, 主编. 胸心外科手术学. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 587

(收稿日期　2004- 03- 21)

腰麻硬膜外联合麻醉剖宫产中寒战的原因及处理

郑州市妇幼保健院麻醉科(450012)　孙　燕

摘要　目的: 探讨腰麻硬膜外联合麻醉剖宫产患者发生寒战的原因及处理。方法: 通过分析44例术中寒战患者, 观察寒战的发生率及其强度, 寒战出现和消退的时间。结果: 寒战与心理紧张、环境温度、输入低温液体、使用冷的消毒液及冲洗液、麻醉本身、丢失体液、手术创面热量损失有关。结论: 采用综合治疗措施能有效预防和控制寒战。

关键词　腰麻硬膜外联合麻醉　剖宫产　寒战　原因　处理

寒战是椎管内麻醉常见的现象, 以剖宫产术的发生率较高。对患者的生理与心理均产生不良影响, 应注意防治。我们采取一些措施, 收到良好效果。现报告如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料: 随机选择足月健康剖宫产产妇100例, ASA1~2级。年龄21~34岁, 体重52~88kg。

1.2　方法与给药: 术前30min均肌注苯巴比妥钠针0.1g、阿托品针0.3mg。入室后常规监测心率、血压、血氧饱和度。开放上肢静脉输注血定安300~500ml预扩容。采用针内针法行腰麻硬膜外联合穿刺。取左侧卧位, 选 $L_{2\sim3}$ 或 $L_{3\sim4}$ 间隙直入法硬膜外穿刺, 再行腰麻穿刺, 成功后蛛网膜下腔注入0.75%布比卡因1ml, 硬膜外腔头向置管3~4cm, 立刻置产妇平卧, 面罩吸氧。针刺法测阻滞平面。麻醉后如收缩压低于90mmHg, 向左推宫体, 加快输液, 酌情使用麻黄素10~15mg, 即可使血压回升。心率低于60次/min, 可静注阿托品0.3~0.5mg, 以提升心率, 维持血压、心率的稳定。

1.3　观察指标: 麻醉阻滞头端最高平面; 补液总量; 寒战发生的强度及例数: 0级(无寒战反应), Ⅰ级(轻度肌颤), Ⅱ级(上肢肌肉明显颤抖), Ⅲ级(躯体抖动明显); 寒战出现的时间及例数; 出手术室寒战消退情况。

2　结　果

2.1　麻醉阻滞头端最高平面 $T_2\sim T_8$, 补液总量400ml~1500ml。

2.2　寒战的发生率及强度: 100例中, 0级56例(56%), Ⅰ级17例(17%), Ⅱ级21例(21%), Ⅲ级6例(6%), 寒战发生率合计44%。

2.3　寒战出现的时间及例数: 随着手术的进行, 引起寒战的原因相互叠加, 寒战的发生显著增加, 见表1。

表1　寒战出现的时间及例数

例数	入手术室时	麻醉后	皮肤消毒时	胎儿娩出后
44	3	5	9	27

2.4　出手术室寒战的情况: 44例中寒战消失37例, Ⅰ级寒战5例, Ⅱ级寒战2例, Ⅲ级寒战无。

3　讨　论

3.1　寒战的机理及对产妇的不利影响: 寒战是机体对中心低体温的代偿反应。当体温低于下丘脑体温调定点时即能诱发寒战, 机体通过寒战使产热增加, 以保持体温平衡。文献报道, 麻醉后寒战的发生率为5%~65%[1], 本组44%, 与文献相符。寒战可明显增加机体耗氧量, 使二氧化碳和乳酸的生成增多, 心率及呼吸增快, 对心肺负荷已显著加重的产妇极为不利。寒战时的强烈不适感, 有患者甚至认为比手术时的疼痛严重的多。因此防治围术期寒战很有必要。

3.2　寒战的发生原因与处理

3.2.1　心理因素: 患者对手术常有各种心理负担, 多虑、恐惧、烦躁不安, 担心疼痛及手术后果不良等。因此, 术前、术中要做好安慰解释工作, 消除产妇的思想顾虑, 增强其自信心。还可通过嘱病人深呼吸, 握紧病人手及分散病人注意力等措施来放松其紧张情绪。通过此种方法, 本组3例入室时寒战者2例得到缓解。

3.2.2　体温下降: 寒战反应最常发生在冬季供暖之前。室温偏低, 病人衣着单薄, 麻醉和消毒时体表需要暴露及使用冷消毒液, 带走大量体表热量, 输入低温液体, 丢失体液, 手术创面热量损失及冲洗腹腔等原因, 均可使体温下降。

处理办法: ①通过使用取暖器等方法保持室温在24℃~28℃之间。②注意给患者保温。尽量加快麻醉及消毒速度, 避免不必要的暴露, 对非手术区可用薄棉被包裹。③有报道, 成人静脉输入1000ml室温下的液体, 可使平均体温降低0.25℃[2]。因此应适当加热消毒液、输液液体及腹腔冲洗液, 避免过冷。④用温盐水纱布覆盖手术创面, 以减少热量散失。

3.2.3　麻醉本身所致: 腰麻硬膜外联合麻醉后, 阻滞区域体表血管扩张导致热能由深部向外周再分布, 使核心体温下降。当核心体温降至一定程度时, 即可触发未阻滞区发生寒战及血管收缩。观察显示, 阻滞平面越高, 范围越大, 越易诱发及加重寒战。本组6例Ⅲ级寒战, 有3例阻滞平面上界达 $T_2\sim T_4$。

预防及处理: ①应用曲马多, 可以调节体温中枢, 提高寒战阈从而控制寒战发生, 临床效果满意。②适当提高局麻药液温度, 可以预防和减轻麻醉并发的寒战反应[3]。③严格控制阻滞平面不致过高。

总之, 我们认为腰麻硬膜外联合麻醉剖宫产中寒战的发生是多种因素协同作用的结果, 采用综合治疗措施比单一措施能

© 1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

更有效地预防和控制寒战,增加患者手术的舒适感及麻醉监测的准确性,减轻家属的恐慌感,临床效果满意。

参考文献

1 Matsukawa T, Sessler DI, Christensen R, et al. Heat flow and distribution during epidural anesthesia. Anesthesiology, 1995, 83: 961

2 Sesseler DI. Consequenses and treatment of perioperative hypothermia. Anesth Clin North Am. 1994, 12: 425

3 曹经山. 局麻药液温度对硬膜外麻醉寒战反应影响. 中华麻醉学杂志, 1991, 11(3): 172

(收稿日期 2004-01-31)

小梁切除术后滤过泡脱垂临床分析

河南省信阳卫校附属医院眼科(464000) 陈立新 甘苏豫 岳艳菊 陈 勇

摘要 目的:通过回顾性分析探讨小梁切除术后滤过泡脱垂的原因及预防。方法:对6例小梁切除术后滤过泡脱垂的原因及预防方法进行分析。结果:滤过泡脱垂由多种原因引起,但过强的滤过和结膜瓣缝合时过分下移是导致滤过泡脱垂的直接原因。结论:通过提高手术技巧可预防术后滤过泡脱垂,已形成滤过泡脱垂者可手术修复并得到有功能的滤过泡。

关键词 滤过泡 脱垂 原因 预防

小梁切除术是治疗青光眼的主要方法之一,其目的是通过手术在球结膜下形成长期有功能的外滤过泡,但少数患者因种种原因致滤过泡脱垂,侵入透明角膜,甚至达瞳孔区,引起各种症状,使视功能受到损害,近年来我们在临床上遇到6例,报告如下:

1 临床资料

6例6眼,右眼2例,左眼4例,男1例,女5例,年龄最大78岁,最小63岁。分别行小梁切除术后5~13年,均为大而壁薄的滤过泡,隆起较高,呈下垂袋状,向角膜方向侵入性延伸,有1例几达瞳孔区,患者有异物感、畏光、流泪、瞬目困难、视力下降等症状,眼压在9~16mmHg之间,6例均经手术切除修复。方法是在局麻下切开脱垂的滤过泡下缘,用虹膜恢复器伸入到脱垂滤过泡内并将其向角膜缘方向翻转,多余的部分在与角膜缘平行处水平切除,重新与角膜缘缝合[1],术后7天拆线,新的滤过泡形成良好。随访1年~3年无复发。

2 结 果

术中发现,本报告6例均见滤过过强,其中2例巩膜瓣菲薄致滤过过强,1例见巩膜瓣融解,3例见巩膜瓣缝合过松,均致滤过过强,形成大囊状滤过泡,日久导致滤过泡脱垂。

3 讨 论

小梁切除术后造成滤过泡脱垂的原因,多是因为滤过过强,形成的滤过泡较大,加之此类病人的球筋膜萎缩,球结膜较菲薄,大而高隆的滤过泡因重力关系下垂,侵入透明角膜达上皮层下甚至前弹力层,造成层间分离所致。另外,在缝合球结膜时,一般覆盖透明角膜0.5~1mm,并刮去此处角膜上皮,如果过分前移,亦为术后滤过泡脱垂创造了条件。针对以上情况,我们认为应从以下几个方面预防:

3.1 分离结膜瓣时不可过分切除球筋膜,老年人一般球筋膜多已萎缩,但年纪较轻者球筋膜往往较厚,故有人主张术中切除眼球筋膜以防止伤口愈合反应更为旺盛[2],造成滤过泡形成障碍,但过分切除球筋膜后如果滤过过强,就容易形成较大的滤过泡,因重力关系,日久可能造成滤过泡下垂。

3.2 巩膜烧灼止血要适度,一般情况下,只需在巩膜瓣预切口处作方形或三角形烧灼止血即可,不必在瓣内烧灼,更不可过分烧灼,否则有可能造成术后巩膜瓣坏死或融解。

3.3 巩膜瓣不能过小过薄,否则易造成过强的滤过而形成大囊状滤过泡,同时也易增加术后浅前房的发生率。

3.4 巩膜瓣缝合要松紧适当,缝合不可过松,缝线不可过少,巩膜瓣边缘要对合整齐,不能有缺损,否则有可能造成异常高隆而弥漫的大滤过泡[2],从而增加滤过泡脱垂的发生率。

3.5 球结膜缝合时位置不可过低,采用以穹窿为基底的结膜瓣在缝合时应向前覆盖到角膜缘前0.5~1mm[2],并轻轻刮去角膜缘上皮组织,以利尽快愈合,但不可过分下移,尤其是希望得到较强滤过者。

3.6 术后积极控制症状性滤过泡,可采用冷凝、激光、透热疗法、滤过泡修补等办法[3]。

参考文献

1 周文炳, 李美玉, 王诤华, 主编. 青光眼研究进展. 青岛: 青岛海洋大学出版社, 1993. 214

2 李绍珍, 主编. 眼科手术学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 468, 513, 512

3 葛坚, 孙兴怀, 王利宁, 主编. 现代青光眼研究进展. 北京: 科学技术出版社, 2002. 209

(收稿日期 2004-03-05)

肾窦内肾盂切开及肾后唇切开取石术治疗巨大鹿角形肾结石

河南省平顶山市第一人民医院泌尿外科(467000) 杨树立 白淑贞

摘要 目的:提高手术治疗巨大鹿角形肾结石的疗效。方法:采用肾窦内肾盂切开及肾后唇切开取石术治疗巨大鹿角形肾结石患者23例。结果:23例患者均取石成功,平均手术时间116min,术中需输血者4例,平均输血量400ml。无术后继发出血和感染等并发症。结论:肾窦内肾盂切开及肾后唇切开取石术治疗巨大鹿角形肾结石效果满意,操作简便、安全,易掌握。

© 1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net